

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39a SGB V

Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Krankenkasse, Name und Nummer (IK):	
Versicherten-Nr.:	
Derzeitige Behandlung (Arzt/Klinik):	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium plus Angabe des ICD 10 Code	
Metastasen:	
Bisherige Therapien:	Operativ, Wenn ja, wann?
	Chemotherapie: Wenn ja, wann?
	Radiatio: Wenn ja, wann?
Begleiterkrankungen:	

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Erkrankung verläuft progredient und hat bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht? 2. Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten vor? 3. Eine Heilung ist ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig/gewünscht? 4. Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich? 5. Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend oder nicht mehr durchführbar? 6. Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend oder nicht gegeben? Falls bisher dies erfolgte, warum ist dies jetzt nicht weiter möglich? |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs: (siehe auch Frage 1-6)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB V

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Erstantrag Widerspruch Verlängerungsantrag Aufnahme am:

Infektionskrankheiten

MRSA Norovirus Clostridien

Allgemeine Befunde

AZ: _____ EZ: _____ Gewicht/Größe: _____

Hautzustand: _____

Erforderliche palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen:

- Intensivierte Schmerz- und Symptomkontrolle
 Schmerzen Erbrechen Übelkeit Durchfälle Obstipation Darmverschluss
 Atemnot vermehrter Speichelfluss Verschleimung d. Atemwege Aszites
 Müdigkeit Schlafstörungen Lähmungen Sprachstörungen Depression Ängste
 Spastik Krampfanfälle Verwirrtheit Delir

Medikamentengabe
 oral s.c. i.m. i.v. Infusion Pflaster Inhalation

Behandlungspflege
 Port ZVK PEG Magensonde Dauerkatheter Cystofix Urostoma
 Anus Praeter Tracheostoma Drainagen BZ-Kontrollen Absaugung
 Sauerstoffgabe exulzierende Wunde umfangreiche Wundversorgung

Andere Therapien
 Physiotherapie Lymphdrainage Atemtherapie

Psycho- / soziale Betreuung

- eskalierte familiäre Konfliktsituation
 Familiäre Situation /soziales Umfeld

- komplexer psychosozialer Hilfebedarf
 Erforderliche psychosoziale Begleitung

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel